

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THESE

N° 469

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice NEL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Né le 5 Mai 1907, à Granville (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
IODIDES SYPHILOÏDES

Président de Thèse : M. GOUGEROT

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

—
1933

ANNÉE 1933

N^o

THESE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Maurice NEL

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Ancien interne de l'Hôpital de Saint-Germain-en-Laye

Né le 5 Mai 1907, à Granville (Manche)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
IODIDES SYPHILOÏDES

Président de Thèse : M. GOUGEROT

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
11 & 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1933

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	MARION.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LCEPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique.....	GOSSET.
Clinique urologique.....	TERRIEN.
	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
Clinique gynécologie.....	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	J.-L. FAURE.
Clinique thérapeutique médicale.....	OMBRÉDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	LEMAITRE.
Clinique propédeutique.....	PIERRE DUVAL.
Clinique de la Tuberculose.....	SERGENT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Pathologie chirurgicale.....	BROCQ.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pharmacologie	BUSQUET.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique	ECALLE.
Urologie	FEY.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale.....	GIROUD.
Histologie	DE GAUDART D'ALLAINES
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie pathologique.....	HUGUENIN.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie	MULON.
Anatomie pathologique.....	OBERLING.
Anatomie	OLIVIER.
Médecine légale.....	PIÉDELIEVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie médicale.....	QUÉNU.
Physiologie	RICHTER Fils.
Chimie biologique.....	SANNIÉ.
Dermatologie et syphiligraphie.....	SÉZARY.
Pathologie chirurgicale.....	VALLÉRY-RADOT.
Ophthlalmologie	(Pasteur).
Obstétrique	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
	VAUDESCAL.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Obstétrique	LEQUEUX.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Histologie	RETTNER.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

MM.

Clinique chirurgicale.....	ABRAMI.
Clinique médicale.....	CHIRAY.
Clinique médicale.....	DUVOIR.
Clinique médicale.....	BASSET.
Clinique chirurgicale.....	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale.....	HEITZ-BOYER.
Clinique chirurgicale.....	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique chirurgicale.....	SCHWARTZ.
Clinique obstétricale.....	LE LORIER.
Clinique obstétricale.....	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale.....	METZGER.
Clinique obstétricale.....	GUENIOT.

V. — CHARGÉS DE COURS

N.M.

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.....	MAUCLAIRE, profes- seur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire :

du Docteur Raoul NEL, mon père

du Docteur Paul LEFAYE

A MA FEMME

A MA MERE

AUX MIENS ET A MES AMIS

A Monsieur le Docteur SEZARY

PROFESSEUR AGRÉGÉ

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

ET A LA FACULTE

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Il nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Nous lui en exprimons notre respectueuse gratitude.

AVANT-PROPOS

Nous avons tenté en ces modestes pages d'apporter notre contribution à un problème d'intérêt pratique, à savoir le diagnostic des lésions cutanées dues à l'iode et à ses composés avec les syphilides d'aspect analogue.

Nous devons à M. le Docteur Sezary, en même temps que l'idée de cette thèse, les observations fondamentales; il nous a soutenu de ses précieux conseils : à lui et à son interne M. Miget nous adressons l'assurance de notre vive gratitude.

Mais notre première pensée sera pour la mémoire de nos deux guides vénérés dans la carrière médicale: le Docteur R. Nel et le Docteur P. Lefaye. Ils ont toujours été l'honneur même et le scrupule vivant de leur profession. Ils ont travaillé toute leur vie pour le bien de leurs semblables, sans autre récompense que la satisfaction du devoir accompli. Nous chercherons tout notre vie à suivre l'exemple qu'ils nous ont légué, souhaitant simplement d'être regretté plus tard par quelques-uns presque autant qu'ils l'ont été.

Nous ne pouvons pas omettre le souvenir de celui qui fut notre premier Maître : le Professeur Follet,

directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes. Sa puissante intelligence, son abondante érudition, la clarté de son esprit critique, qu'il savait rendre si finement ironique, nous ont laissé, comme à tous ses élèves, une impression qu'aucun autre ne saurait jamais.

INTRODUCTION

Parmi tous les problèmes qui se posent quotidiennement à l'examen du dermatologiste et du praticien une préoccupation constante doit dominer son diagnostic : c'est d'éviter à tout prix de méconnaître la syphilis sous toutes ses formes.

Certes dans les cas classiques, où à ses diverses périodes, la vérole apparaît avec tout son cortège d'éruptions cutanées et muqueuses de signes généraux et de réactions humorales, le diagnostic est aisé, mais combien nombreuses sont encore les syphilis, secondaires surtout, qui se dissimulent sous le masque de dermatoses variées, et inversement on peut affirmer que presque toutes les dermatoses peuvent revêtir une apparence syphiloïde. Le danger consiste alors à négliger la spécificité et à ne pas entreprendre le traitement d'attaque qui s'impose.

M. le Docteur Sezary, professeur agrégé, médecin de l'Hôpital St-Louis, nous a donné le sujet de cette thèse en attirant notre attention sur les éruptions iodées qui simulent la syphilis : les iodides syphiloïdes.

Il a bien voulu en même temps nous communiquer deux de ses observations personnelles qui serviront de base à ce travail.

Nous y verrons le cas de deux malades pour lesquels un diagnostic de syphilis grave avait été porté (un traitement avait été institué) et plus tard, à la lumière de l'évolution et d'un examen plus complet on dut reconnaître qu'il ne s'agissait nullement d'une syphilis mais d'une intoxication par l'iode et ses composés.

Nous commencerons donc par étudier les diverses manifestations des intoxications médicamenteuses. Dans un deuxième chapitre nous rappellerons les caractères particuliers des iodides. Ensuite nous esquisserons une nosographie des éruptions cutanées de la syphilis secondaire en insistant davantage sur les syphilis qui se rapprochent des lésions iodiques ou iodurées. Enfin nous exposerons les observations de M. Sezary et celles que nous avons pu relever dans la littérature médicale.

Nous en tirerons des conclusions* pouvant servir utilement au diagnostic et nous terminerons par quelques lignes sur la thérapeutique des toxicodermies médicamenteuses.

CHAPITRE PREMIER

CARACTERISTIQUES GENERALES DES INTOXICATIONS MEDICAMENTEUSES

De nombreuses substances alimentaires ou médicamenteuses introduites dans l'organisme déterminent des réactions d'intolérance d'intensité variable et se manifestent par deux ordres de phénomènes : des phénomènes généraux et des phénomènes cutanéo muqueux.

Quelle que soit la substance absorbée, l'allure d'ensemble du processus d'intoxication présente les caractéristiques suivantes :

1° L'apparition soudaine, la généralisation brusque des symptômes (leur date d'apparition est d'ailleurs variable : immédiate le plus souvent, elle peut suivre de plusieurs jours seulement l'absorption de la substance sensibilisante), l'allure générale de l'éruption cutanée, présentant des lésions polymorphes siégeant en n'importe quel endroit de la surface du corps.

2° La co-existence de lésions caractéristiques d'aspect assez spécial, parfois même pathognomique de la substance médicamenteuse en cause se rencontrant avec les lésions non caractéristiques citées plus haut, à type d'érythèmes infectieux au polymorphe, de purpura, d'eczéma, d'acné, etc...

Le diagnostic d'éruption cutané de cause toxique s'appuiera :

1° En premier lieu, sur la notion des antécédents médicamenteux.

Cette notion est capitale, mais non suffisante. En effet, si d'ordinaire de fortes doses, dépassant la limite de tolérance habituelle sont nécessaires pour donner lieu à des éruptions cutanées, chez certains sujets prédisposés une faible dose peut suffire à déclencher une crise d'intolérance même parfois grave.

D'autre part, certains sujets cachent leur médication toxique : mercurielle, bromurique, etc...

Dans ce cas, les erreurs de diagnostic les plus invraisemblables ont pu être commises.

2° Sur les caractéristiques de l'éruption citée précédemment.

3° Sur la présence des troubles gastro-intestinaux et nerveux connexes. En général ce sont vomissements et diarrhée, s'accompagnant de troubles de la salivation, douleurs abdominales généralisées, sans contracture; parfois, au contraire, comme dans l'intoxication saturnine, constipation opiniâtre. La tempéra-

ture est en général élevée. Il y a agitation ou prostration suivant les cas.

4° Sur la recherche du toxique dans les urines.

5° Sur la recherche de la crise hémoclasique de Widal lorsque la toxicodermie est du groupe des phénomènes de choc, ou des anaphylaxies, sur la preuve de l'anaphylaxie passive chez l'animal en cas d'anaphylaxie.

6° Enfin l'épreuve thérapeutique, la disparition des lésions après la suppression de la cause toxique et leur récédive après la reprise du toxique.

Cette dernière règle n'a cependant rien d'absolu. Dans l'observation de MM. Sézary et Mouget, les iodides persistaient après deux mois de traitement et d'une façon générale ils font retenir que certaines iodurides et bromurides papuleuses, végétantes ou bulleuses ne régressent que lentement après la suppression du médicament.

De cet ensemble de faits on peut retenir les notions suivantes : le diagnostic d'éruption médicamenteuse est facile quand le médecin a l'anamnèse d'une absorption médicamenteuse à dose massive, dépassant la dose de tolérance moyenne, et même il est aisé encore, lorsqu'après une absorption médicamenteuse à dose courante et *en l'absence de toute affection cutanée antérieure*, le tableau clinique se rapproche de celui que nous avons précédemment décrit. Mais, où les difficultés surviennent, c'est lorsque le malade est traité par une affection d'ordre général qui

comporte dans son évolution habituelle des éruptions de type polymorphe.

Dans ce cas, l'éruption est-elle due à la maladie ? Est-elle, au contraire, une conséquence involontaire et inattendue de la sanction thérapeutique qu'on lui a infligée ?

En d'autres termes, faut-il poursuivre ou interrompre le traitement prescrit ?

Le problème est parfois épineux et l'on s'efforcera de le résoudre en s'appuyant sur les **symptômes** cliniques associés, sur les réactions humorales, sur les tests de sensibilisation cutanée et surtout on s'appuiera sur l'épreuve thérapeutique.

Il faut retenir aussi que les divers aspects des éruptions toxiques sont multiples; elles sont causées par l'agent causal, certes, mais aussi par le terrain du malade : des irritants différents provoquent chez un même malade de l'eczéma ou de l'urticaire. Au contraire, le même irritant produira chez deux malades différents une dermatite bulleuse pemphigoïde ou un *echyma*. Tel sujet prédisposé par une insuffisance hépatique ou rénale sera plus sensible qu'un sujet sain.

Enfin, il faut retenir dès maintenant, sur quoi nous reviendrons dans nos conclusions, qu'il y a une différence entre l'intoxication et l'intolérance d'une substance étrangère, l'intolérance se manifestant seulement par des manifestations cutanées à l'exclusion de toute autre réaction de l'organisme. Nous en verrons des exemples dans le chapitre consacré aux observations.

CHAPITRE II

CARACTERISTIQUES DES ERUPTIONS CUTANÉES DUES A L'IODE ET A SES COMPOSÉS

Comme nous l'avons déjà signalé à plusieurs reprises dans le chapitre précédent, l'iode et ses composés donneront lieu, suivant les cas et sur le même sujet, à des éruptions de nature banale non caractéristiques, et à des éruptions qui lui sont relativement particulières.

Les premières correspondent à toutes les variétés de dermatose : érythèmes généralisés à modules disséminés de 5 à 10 mm. ou éléments figurés marginés annulaires d'un rouge vif, souvent desquamantes, érythèmes simples ou mêlés de papules, érythème polymorphe proprement dit ou érythème nœux, les purpuras, les dermatites pustuleuse, impetigo, ecthy-ma, folliculites, pydermides, furoncles et anthrax.

Les secondes sont plus intéressantes à étudier.

I. — *Les éruptions bulleuses pemphigoïdes* dues aux iodures peuvent reproduire toutes les variétés de pemphigus : pemphigus à petites bulles simulant la ma-

ladié de Dürhing, pemphigus à grosses bulles, parfois même circiné, analogue au pemphigus dit vrai.

Le dernier est caractérisé cliniquement par :

1° Un début insidieux en un point quelconque de la peau ou des muqueuses.

2° L'absence ou le faible degré des prodromes de douleurs, des cuissons, si bien que les premières bulles passent inaperçues.

3° La formation rapide de bulles sur une peau saine en apparence.

4° Des bulles transparentes, tendues et hémisphériques, rarement flasques, sans aréoles inflammatoires, du moins dans les premières heures.

Les bulles inégales, de 2 mm. à 50 mm., rares au début, puis de plus en plus nombreuses, apparaissent par poussées successives sur tout le corps et les muqueuses avec peu ou pas de rémissions; elles laissent, après rupture, une macule rougeâtre excoriée qui se dessèche en formant ou non une croûte, puis se cicatrise rapidement. Il ne reste pas de cicatrice mais souvent une tache brunâtre lente à effacer.

5° L'évolution rapide de la bulle en 8 à 12 jours au début car, plus tard, les lésions peuvent s'aggraver.

6° Le polymorphisme tardif résultant du mélange de ces variétés de bullés et des bulles croûteuses lentes à guérir car le retard de cicatrisation des bulles laisse exulcérées de larges surfaces épidermiques qui ressemblent à de l'eczéma.

7° Le signe de Nikolski : l'épiderme frotté se décolle ou forme une bulle.

8° L'absence de douleurs ou de prurit notable, sauf à la dernière période où les douleurs sont dues à des complications.

II. — *Les éruptions pemphigoïdes végétantes* nous intéressent particulièrement; elles simulent, en effet, le pemphigus végétant et, comme nous le verrons plus loin, les syphilides végétantes.

Les iodurides, ainsi d'ailleurs que les bromides (lés composés de ces deux halogènes ont des analogies frappantes dans leur comportement vis-à-vis de l'organisme) forment des bulles, papules ou tubercules géants, larges de 5 à 30 mm. de diamètre, saillants de 1 à 5 mm., à plateau aplati, à bords abrupts, nettement délimités, rouge vif ou rouge bistre, souvent entourés d'un ourlet vésiculo-purulent.

Tantôt leur surface est sèche et lisse, tantôt et plus souvent elle est papillomateuse, piquetée de points rouges et blancs, ou exulcérée.

Tantôt elle s'ulcère, se recouvre de quelques croûtes brunâtres épaisses, cachant quelques gouttes de pus. Leur consistance est molle, leur progression est rapide; leur régression est lente, même après cessation de l'iodure, ce dont il faut être prévenu. Elles laissent des macules rouges ou brunâtres, et parfois des cicatrices. Leurs sièges d'élection sont les membres inférieurs, mollets et fesses, puis le visage, surtout le nez.

III. — *Les placards erysipeloïdes* feront penser à

l'iodure de potassium et à l'iodoforme. On y retrouve une plaque rouge, tendue, douloureuse, entourée d'une zone irrégulière, inflammatoire, à sensibilité caractéristique, plus intense qu'au centre de la lésion (c'est le signe classique du maximum centrifuge).

IV. *Nouures*. — Les iodures et aussi les bromures, propriété qui leur est commune avec le salicylate de soude, peuvent donner des nouures isolées ou réaliser le syndrome de l'érythème polymorphe noueux avec nouures multiples, violacées, douloureuses, dures, souvent purpuriques, de 1 cm. de diamètre, simulant des contusions multiples des membres inférieurs et en disparaissant passent par toutes les teintes des ecchymoses traumatiques. Jamais elles ne s'ulcèrent.

Par contre, certaines iodurides noueuses se ramollissent, s'ulcèrent et suppurent comme des gommes.

V. *Acné*. — La variété d'acné due à l'intoxication iodique est en général l'acné vulgaire, inflammatoire, due à l'infection du point comédon par le staphylocoque, mais les acnés iodiques et bromiques aussi d'ailleurs, sont souvent plus rouges et plus grosses que l'acné vulgaire. C'est une des formes les plus fréquemment observées de la toxicodermie iodique.

VI. — *Les pustules et furoncles récidivants* se rencontrent fréquemment dans l'intoxication chronique et même l'iodure de potassium peut donner naissance à une sorte d'anthrax, mais moins aigu et plus superficiel que le véritable anthrax, et à tendance papillomateuse.

VII. — *Placards eczématiformes isolés*, faciles à reconnaître grâce aux vésicules très spéciales, tantôt nettes, visibles et palpables, tantôt ébauchées ou masquées par des squames toujours petites, fermées ou ouvertes, qui suintent une sérosité poisseuse, grâce à la rougeur congestive et à la desquamation de l'épiderme consécutive au stade vésiculeux.

Ils sont généralement d'origine iodoformique.

Les lésions dues à l'iode et à ses composés ont fréquemment, surtout, doivent faire penser aux iodures.

IX. *Enfin, les gangrènes en plaques disséminées.* — Telles sont les lésions classiquement attribuées à la toxicodermie iodique. Nous voyons que nombreuses en sont les variétés et qu'il est difficile d'en déterminer de nettement pathologiques. Nous retiendrons seulement les trois points suivants sur lesquels nous nous réservons ultérieurement d'insister :

Les lésions dues à l'iode et à ses composés ont fréquemment un aspect œdémateux.

Elles sont presque toujours entourées d'une aréole inflammatoire.

Elles sont relativement longues à disparaître.

CHAPITRE III

LES MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA SYPHILIS

Nous allons retracer rapidement l'histoire des principaux accidents cutanés de la syphilis que nous étudierons ensuite dans leurs rapports avec les iodides. Nous insisterons presque exclusivement sur les syphilides et nous chercherons à synthétiser quelques caractères communs à ces lésions qui nous serviront ensuite de base pour l'étude du diagnostic différentiel avec les toxicodermies iodées.

L'accident de la syphilis primaire, c'est le chancre, caractérisé par sa base indurée, son contour régulier, sa surface surélevée, plate, érosive, exulcérée, par l'adénopathie satellite caractéristique. Le diagnostic dans cette forme est facile : le chancre peut avoir des aspects multiples : papuleux, érosifs, croûteux, ecchymateux, ulcéreux, gangréneux.

Il peut être multiple et de localisation non caractéristique (dos, bras, abdomen, cuisses, etc.).

Voyons maintenant quelles sont les principales ma-

nifestations cutanées de la syphilis à la période secondaire, la façon dont elles surviennent et les phénomènes qui les accompagnent.

C'est d'abord une éruption cutanée : la roséole; une éruption muqueuse : les plaques muqueuses, qui s'accompagnent d'une polyadénopathie généralisée, petits amas de ganglions, durs, mobiles, non douloureux que l'on rencontre au pli de l'aîne, à l'aisselle, au cou, etc. : d'un envahissement de système nerveux dont témoignent la céphalée et souvent la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

Le malade est souvent fatigué, pâle, amaigri; il peut présenter de l'alopecie et inconstamment une leucomélanodermie cervicale.

La roséole consiste en une éruption à éléments très nombreux, maculeux non saillants, arrondis ou ovaires, rose pâle, non prurigineux, non squameux, disséminés sur le corps et surtout sur le tronc.

Les plaques muqueuses, lésions homologues de la roséole, siègent sur les muqueuses bucco-pharyngée, et génitales. Dans les plis inguino-cruraux, dans les plis cutanés de la verge et du scrotum, du scrotum et de la cuisse, au périnée, autour de l'anus, dans les aisselles et parfois même à l'ombilic, au coin des lèvres, les syphilides cutanées, macérées par les sécrétions de ces régions humides, prennent souvent l'aspect de plaques muqueuses.

Tel est, rapidement esquissé, le tableau de la syphilis secondaire au début. Mais si l'infection n'est pas traitée, ou si elle est traitée insuffisamment ou irrè-

gulièrement, ou même en l'absence de ces causes, le malade pourra être frappé d'accidents secondaires, tertiaires ou quaternaires graves. Les récidives secondaires échappent à toute règle : plaques muqueuses analogues à celles de l'explosion secondaire, localisations viscérales, nerveuses, oculaires, osseuses et surtout les diverses variétés de syphilides dont l'étude nous intéresse tout particulièrement puisque ce sont de toutes les lésions cutanées de la spécificité, celles qui peuvent le plus facilement prêter à confusion avec les éruptions iodées ou iodurées.

On peut distinguer, suivant leur morphologie, jusqu'à 23 formes de syphilides secondaires (Gougerot); nous les passerons rapidement en revue, en insistant plus particulièrement sur celles qui se rapprochent davantage des iodides.

1° *Syphilides papuleuses et papulo-squameuses lenticulaires*. — Le type le plus commun. Elles ont de 3 à 5 mm. de diamètre, arrondies, rouge sombre, cuivrées à la vitro-pression, mais résistantes et indurées à la palpation. Les éléments sont nombreux, disséminés, d'âge inégal. Lorsque les squames sont exfoliées, il persiste une collerette épidermique dite collerette de Bielt.

2° *Les syphilides papuleuses nummulaires*. — D'aspect analogue aux précédentes, mais de diamètre plus grand.

3° *Les syphilides papuleuses en nappes*. — Variété de la précédente. Tantôt les larges éléments papu-

leux sont confluent d'emblée, tantôt les éléments ne se réunissent que secondairement en grandissant.

4° *Les syphilides tubéreuses* ne sont que l'exagération en saillie des syphilides papuleuses dont elles ont les mêmes caractères.

5° *Les syphilides papulo cornées* sont exceptionnelles.

6° *Les syphilides papulo érosives*. — Localisées aux plis cutanés, ressemblent souvent aux plaques muqueuses.

7° *Les syphilides verruqueuses sèches* ne sont que l'exagération des variétés précédentes.

8° *Les syphilides papulo croûteuses* nous intéressent davantage. Cette syphilide n'est qu'un mode évolutif des syphilides papuleuses et papulo squameuses, elle peut donc en présenter toutes les variétés d'aspect, de grandeur, de groupement, et habituellement les syphilides papulo croûteuses co-existent avec des syphilides jaunâtre, ou brune bordée par un liseré squameux.

Le sommet de la papule, lisse ou déjà squameux, se recouvre d'une petite croûte arrondie, superficielle, jaunâtre, ou brune bordée par un liseré squameux.

Cette croûte est mince et sèche. Détachée, elle laisse voir une surface papuleuse sèche.

9° *Les syphilides papulo-pustuleuses echtymatiformes* simulent l'echtyma et le diagnostic est souvent malaisé.

10° *Syphilides papulo-pustuleuses acneiformes.* —

Ressemblent à l'acné staphylococcique vulgaire; le diagnostic avec l'acné et les éruptions acneiformes est souvent difficile et d'autant plus malaisé que la syphilis prend habituellement cet aspect sur terrain seborrhéique et que, souvent, l'acné vrai est précédé et se mêle aux syphilides acnéiformes.

Les syphilides sont moins nombreuses, plus petites, fréquentes au cuir chevelu, quelquefois groupées; leur durée est longue mais définie.

11° *Syphilides papulo-ulcéreuses.* — Elles ne sont qu'un mode évolutif de plusieurs des formes précédentes; elles sont donc très variables de forme, de grandeur et de groupement : elles sont groupées ou isolées ou dispersées, elles sont rares ou nombreuses.

Elles indiquent une évolution plus grave de la syphilis.

L'ulcération est tantôt superficielle, tantôt profonde cachée le plus souvent par une croûte.

12° *Syphilides papulo-vésiculeuses varioliformes ou varicelliformes* qui permettent les erreurs les plus invraisemblables avec la variole.

13° *Syphilides papulo-vésiculeuses herpétiformes.* — Très ténues, larges de 1 à 2 mm., se groupent souvent en placards diffus; elles n'atteignent qu'exceptionnellement la face.

14° *Syphilides vésiculo-eczématiformes.* — Ces syphilides très petites, plus ou moins vésiculeuses, lais-

sent des croûtelles et des squamules petites, de la grosseur des vésicules de l'eczéma; elles restent isolées ou se groupent en placards diffus.

15° *Syphilides impétigineuses*. — Elles nous intéressent particulièrement. C'est, en effet, le diagnostic posé par M. Sézary dans son observation princeps, à l'aspect des iodides de notre malade.

Cette syphilide, par sa vésiculisation inconstante, et surtout par sa croûte jeune mélicérique, simule au premier abord l'impetigo vulgaire streptococcique.

Elle peut présenter toutes les variétés de grandeur, de groupement, de dissémination de l'impetigo.

Mais elle est localisée à la face, au tronc, au cuir chevelu, au pubis; elle débute par une papule moins éphémère.

Les éléments sont orbiculaires et réguliers, la croûte est moins dorée, plus ocreuse, plus rocailleuse, plus sèche et surtout, comme dans toute syphilide, sous la croûte on découvre une papule infiltrée, érodée ou ulcérée, ou végétante, mais toujours nettement orbiculaire.

Il n'y a pas d'adénite régionale, la durée est plus longue, la cicatrisation plus lente.

16° *Syphilides pemphigoides bulleuses*. — Cette forme serait analogue aux éruptions iodiques de même nom. Mais elle est exceptionnelle chez l'adulte : on la rencontre chez le nouveau-né hérédosyphilitique.

17° *Syphilides papulo-granuleuses*. — Elle reproduit en petite la forme papuleuse et en présente tous les caractères, c'est une mince papule de 1 à 2 mm. Les éléments sont souvent nombreux, groupés en amas sans pourtant se confondre. Ils sont très tenaces et guérissent lentement.

En raison de cette petitesse, elle peut simuler le lichen.

18° *Syphilides papuleuses ponctuées*. — Les papules très petites sont pâles ou rouge brun, surmontées d'une squamule blanche, souvent invisible, parfois de crouilles brunâtres ou rouge vineux. Elles sont très nombreuses ou disséminées.

19° *Syphilides papulo-squameuses psoriasiformes*. — Cette syphilide, par la blancheur, l'épaisseur et la stratification de ses squames, simule le psoriasis vulgaire. Le diagnostic est d'autant plus difficile que souvent le vrai psoriasis est circiné et annulaire comme les syphilides.

Mais la syphilide psoriasiforme est indolente, non prurigineuse, irrégulière et disséminée, et les squames reposent sur une papule.

20° *Syphilides purpuriques et papulo-hémorragiques*. — Ces variétés hémorragiques, très exceptionnelles, ne se rencontrent que chez les malades en imminence de purpura (diathèse hémorragique) et sur les membres inférieurs variqueux.

21° *Syphilides pigmentaires*. — Les syphilides laissent souvent des macules pigmentées passagères; par-

fois, ces macules pigmentées, brunâtres, persistent des mois, d'où la création de cette forme spéciale.

22° *Syphilides nigricantes et syphilides noires.* — Cette forme est l'exagération de la précédente, la pigmentation apparaît dès le stade adulte des papules, elle s'accroît rapidement, forme une tache brun foncé ou même noire, qui s'accentue en même temps que la papule disparaît. Le malade reste tacheté de macules arrondies de 5 à 20 mm., brunes ou noires, isolées ou confluentes.

23° *Syphilides cicatricielles.* — Les syphilides ulcéreuses laissent une cicatrice indélébile. Les syphilides subulcéreuses donnent une cicatrice superficielle. Les syphilides papuleuses guérissent d'ordinaire sans laisser de cicatrices.

Les cicatrices sont habituellement très nombreuses, disséminées sur le tronc, la racine des membres; elles sont blanches, presque laiteuses ou à peine violacées, arrondies ou ovalaires. On dirait des vergetures, sauf leur forme orbiculaire.

On voit quelle est l'infinie variété des syphilides secondaires, il faudrait encore ajouter toutes les variétés de groupement qui peuvent se rencontrer dans tous les types énumérés ci-dessus.

En raison de ce polymorphisme des syphilides, il faut donc, devant toute lésion cutanée ou muqueuse sans exception, discuter systématiquement le diagnostic de syphilis.

Au point de vue morphologique, il est peu d'élé-

ments constants caractéristiques de la syphilide, pourtant il est difficile d'individualiser un « syndrome syphilide caractéristique ».

La collerette de Biet, collerette épidermique squameuse, qui apparaît autour des papules lorsque les squames sont exfoliées, n'est nullement caractéristique comme on l'avait cru longtemps, on peut la rencontrer autour de n'importe quelle lésion papuleuse banale.

On peut retenir cependant que les syphilides sont en général disséminées, d'apparition rapide mais sans ordre défini, elles régressent même spontanément, laissant rarement des traces; elles sont rarement ulcéreuses, à part les formes echtymatiformes et papulo-ulcéreuses.

Mais il est un seul caractère constant, que l'on devra chercher systématiquement, qui est commun à toutes les lésions cutanées muqueuses de la syphilis, et depuis le chancre jusqu'aux ulcères :

C'est l'induration de la base.

Ce caractère doit être recherché chaque fois que l'on examine une lésion cutanée suspecte : cette dureté a d'ailleurs des variétés, des degrés, depuis la dureté ligneuse jusqu'à la simple infiltration, mais elle ne manque pratiquement jamais.

La syphilide débite, quelle que soit sa forme définitive, sur une base, et cette base c'est la papule indurée; elle est souvent difficile à rechercher : dans les syphilides papulo-cornées, pour poser le diagnostic, il faut enlever la corne à la pince après l'avoir fait ra-

mollir si besoin est, on découvre alors au-dessous la papule syphilitique indurée. On ne saurait se lasser de rechercher ce caractère, il est fondamental.

Mais c'est surtout l'ensemble du tableau clinique qui vous renseignera et nous orientera vers les recherches humorales qui, la plupart du temps, donneront la certitude. Ce sont les antécédents de chancre dur, la polyadénopathie non douloureuse, les phénomènes généraux, la fatigue, l'abattement, la résistance de ces symptômes à toutes les thérapeutiques banales.

On pratiquera sans attendre une réaction de Bordet-Wassermann, mais il est indispensable de ne pas accorder au laboratoire une confiance aveugle; un B. W. négatif en présence d'une éruption roséolique, de syphilides papuleuses multiples, ne saura faire rejeter un diagnostic de syphilis.

Dans ce cas, le dernier mot reste au traitement d'épreuve bismuthique que l'on inaugurera sans attente.

Il faut se rappeler qu'il est préférable d'instituer un traitement inutile pendant quelques semaines, plutôt que de traiter par l'abstention une éruption polymorphe qualifiée ioduride.

Avant d'aborder l'étude des éléments qui permettent de discriminer ces deux infections, nous dirons quelques mots des manifestations cutanées de la syphilis tertiaire.

La vérité capitale de la syphilis tertiaire, c'est la gomme sous-cutanée.

Elle évolue en quatre stades :

1° *Un stade de formation* (gomme crue). — La gomme débute par un nodule profond, un hasard seul en révèle la présence, c'est un nodule petit ou gros, ovoïde et régulier, ferme et solide, distinct de la peau et des plans profonds, indolent.

2° *Stade de ramollissement*. — La gomme devient résistante au centre, d'indolore et aphlagmasique qu'elle était, elle devient douloureuse et phlegmasique. La peau devient rosée, puis rouge, la gomme adhère à la peau et aux plans profonds, et pourtant la ponction ne retire qu'une faible quantité de liquide — il reste une masse fluctuante — ce signe de ponction est d'importance capitale pour le diagnostic.

3° *Stade d'ulcération : ulcère gommeux*. — En se vidant, la gomme syphilitique ne s'affaisse qu'incomplètement, le bourbillon se détache rapidement, il reste l'ulcère gommeux : circulaire ou polycyclique, aux bords rouges foncés, plongeants, taillés à pic, à fond lisse ou anfractueux, recouvert d'un enduit jaunâtre bourbillonneux.

4° *Stade de réparation*. — Spontanément, ou sous l'influence du traitement, l'ulcération bourgeonne, l'infiltration se résorbe, l'épiderme prolifère et recouvre l'ulcération donnant une cicatrice spéciale d'abord rouge violacée, qui se pigmente, puis lentement se décolore.

On a décrit de multiples formes cliniques des gommès. Le diagnostic positif s'appuiera là encore sur l'aspect clinique de l'ulcération, reposant sur *une base*

indurée, sur les antécédents syphilitiques du malade, la constatation d'accidents concomittants, enfin sur les séro-réaction et les résultats d'un traitement d'épreuve.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

DIAGNOSTIC DES IODIDES ET DES SYPHILIDES

Les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature médicale sur les iodides syphiloïdes, sont relativement peu nombreuses.

Nous citerons d'abord deux observations personnelles de M. le Docteur Sézary, qui paraîtront au Bulletin de la Société de Dermatologie (1933, N° 5).

Nous avons recueilli, en outre, une observation de MM. Spillmann, Weiss et Durand sur le même sujet.

Et enfin, un travail de MM. Louste, Frankael et Thibault sur les iodides à types polymorphes.

Ensuite, seulement, nous exposerons nos déductions et nos conclusions.

Observation I (de MM. SÉZARY et MIGET)

Mme C., ménagère, âgée de 39 ans, est admise dans notre service le 7 avril 1933, pour une éruption papulo-pustuleuse occupant surtout la face, moins étendue

au cou, au dos, aux avants-bras et aux mains. Cette éruption date de 10 jours.

Sur la face les lésions mesuraient de quelques millimètres à 2 et 3 cm. de diamètre. Elles sont papuleuses, soit papulo-pustuleuses : les premières sont rosées, arrondies ou ovalaires, nettement infiltrées et entourées d'un léger halo inflammatoire. Les secondes, dont la base est également papuleuse, sont surmontées de bulles contenant un liquide puriforme.

L'éruption, très floride, prédomine au centre de la face (nez et lèvre supérieure).

Elle est assez fournie sur le cuir chevelu, plus discrète sur le front et les joues.

Quelques éléments papuleux se trouvent sur le cou et à la nuque, sur les avants-bras et le dos des mains : certains d'entre eux ont une teinte cuivrée.

Il n'y a, d'ailleurs, ni prurit, ni fièvre.

La malade nous dit qu'elle est soignée pour une syphilis dépistée il y a 18 mois, grâce à un examen de sang, par un médecin qu'elle avait consulté pour des douleurs dans les membres inférieurs. Elle a reçu du novar, qu'elle a mal supporté, puis du sulfarsénol. Plus récemment, elle a pris du Toritane, produit spécialisé, contenant du biiodure de mercure et de l'iode de Potassium.

A la consultation, l'aspect des lésions et ces antécédents nous firent porter le diagnostic de syphilides impétigineuses, bien qu'il n'y eut ce jour-là aucun autre signe de syphilis évolutive.

Mais un examen plus approfondi dans la salle nous

fit modifier ce diagnostic. En effet, quand nous revîmes ce malade trois jours après, l'aspect était très modifié. Certains pustules s'étaient desséchées et avaient formé croûtes, certaines papules avaient diminué de volume, d'autres même complètement disparu. La pustule, qui était nettement indurée les jours précédents, probablement sous l'effet de la réaction inflammatoire qui les accompagnait, était devenu sensiblement plus souple, mais cette réaction inflammatoire persistait encore.

Ce furent ces deux caractères anormaux, ne cadrant pas avec le diagnostic de syphilis : aréole inflammatoire et souplesse relative de la base qui nous incita à revenir sur le diagnostic posé quelques jours auparavant.

Une réaction de B. W. fut trouvée négative et en précisant l'interrogatoire, nous apprîmes que la veille de l'apparition des accidents cutanés en question, la malade avait absorbé du « Toritane ».

Cette apparition soudaine après absorption médicamenteuse à dose massive nous fit rechercher les tests de sensibilisation cutanée à l'iode et au bromure : la cuti-réaction, l'épidermo-réaction et l'intra-dermo-réaction furent trouvées négatives à deux reprises avec des solutions à 1/100 de Br. et Iodure K Na.

Cependant, l'évolution montra le bien-fondé de notre hypothèse :

Grâce à un régime peu toxique associé à une médication désensibilisante (hyposulfite de soude intra-veineux), les lésions ont peu à peu diminué.

Actuellement il persiste encore sur la face, à l'angle interne du nez, une large papule violacée, recouverte par endroits de petites croutelles brunâtres.

Les autres lésions sont presque totalement estompées. Elles persistent seulement sous la forme de petites taches cuivrées sur les joues, les avant-bras et les mains, de petites papules à centre déprimé recouvert de fines squames jaunâtres sur la nuque et dans le cou.

Les réactions sérologiques pratiquées à plusieurs reprises se sont toujours montrées négatives.

La malade a quitté le service, complètement guérie, quelque temps après.

Observation II (de M. SÉZARY)

M., ménagère, âgée de 36 ans, est une syphilitique héréditaire. Son père est mort tabétique, et elle-même, il y a 3 ans, avait une réaction de Wassermann positive.

Depuis 6 ans elle est atteinte d'un goître exophtalmique qu'elle traite depuis plus d'un an par des gouttes de la solution iodo-iodurée de lugol (20 à 30 gouttes par jour).

Elle nous consulte le 27 avril pour des lésions très syphiloïdes qui, depuis 15 jours, sont apparues au nombre de 3 sur l'avant-bras et le dos de la main droite.

Deux de ces lésions ont le diamètre d'une pièce de

cinq francs en argent, la troisième a les dimensions d'une paume de main d'enfant. Elles ont toutes trois une forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire. Leurs contours sont nettement circonscrits. Leur couleur est rouge sombre. A la palpation, on sent que leur base est nettement infiltrée : cette infiltration n'est pas continue, elle présente des hiatus comme dans les syphilides papuleuses circonscrites. La partie centrale est plane, elle ne paraît pas infiltrée. Il n'y a pas de prurit, les lésions n'ont jamais été bulleuses.

Au cours de l'examen, nous découvrons sur le côté droit du cou une petite lésion papuleuse, grosse comme une pièce de cinquante centimes.

Notre première impression est qu'il s'agit de lésions syphilitiques. Mais nous sommes frappés par l'existence, à la surface des placards de l'avant-bras et de la main, d'une desquamation superficielle limitée en dehors par une collerette épidermique. Cette collerette qui aurait pu en imposer par une collerette de Bielt, se trouve en dedans de la bordure papuleuse des lésions et non à leur périphérie.

Cette disposition insolite nous fit penser à une éruption médicamenteuse. C'est alors que notre interrogatoire nous apprit que la malade était soumise depuis longtemps à un traitement iodé.

Une semaine plus tard, la médication iodée ayant été suspendue, l'éruption était en voie de résolution.

IODIDES A TYPES POLYMORPHES

(Par MM. SPILMANN, WEISS et DURAND)

Voici maintenant une observation présentée par MM. Spillmann, Weiss et Durand, le 27 juin 1931, à la Société de Dermatologie :

C., 51 ans, ajusteur, consulte le 18 mai 1931 pour une éruption pustulo-croûteuse du visage et de la nuque, en voie d'extension sur le tronc et les membres.

L'affection remonte à une semaine. Au moment, le malade était traité au sirop de Gibert pour une lésion épiglottique.

Le patient s'est traité depuis le 7 jusqu'au 18 mai à la dose de 2 cuillerées à soupe par jour.

Le 10, la première lésion apparaît sur la peau sous la forme d'une pustule sur le nez, au 18 mai de nombreux éléments sont visibles sur le nez, la nuque et dos, et commencent à diffuser sur les membres. Ils sont de nature variée : la lésion du nez est croûteuse, saillante et épaisse, noirâtre, arrondie, grosse comme une pièce de un franc; elle repose sur une base légèrement indurée; absolument indolore, elle s'entoure d'un halo diffus, de teinte rouge vif.

Les lésions du thorax apparaissent à des stades différents : il en est de type ulcéreux, en particulier sur la nuque, où existent deux larges ulcérations grosses comme une pièce de 5 francs.

Absolument arrondis, leurs bords sont saillants et entourés d'une bordure érythémateuse diffuse.

L'ensemble de ces lésions est saillant, tuméfié, reposant sur une base diffuse et œdématrée plutôt qu'indurée.

A la face postérieure de l'épaule, existent quelques éléments pauvres, pustuleux, arrondis, recouverts d'un toit épidermique mince et entourés d'une zone érythémateuse.

A la région lombaire, les pustules sont plus âgées, leur croûte épidermique laisse à nu des ulcérations à fond granuleux, déjà papillonneux, à base indurée et à halo inflammatoire très envahissant.

D'autres éléments sont croûteux, avec une épaisse couche de pus sous-jacente.

Il existe des lésions du même genre sur les membres, mais plus disséminées.

Elles ne sont pas douloureuses, ni spontanément, ni à la pression; elles ne s'accompagnent d'aucun malaise général.

Il n'y a ni fièvre, ni conjonctivite, ni coryza. L'enrouement persiste tel qu'il était un mois auparavant.

Le B. W. est négatif.

En résumé, il s'agit donc d'une éruption disséminée non systématisée d'éléments polymorphes, pustuleux au début, ulcéreux et ulcéro-croûteux, ensuite végétants et même papillonneux parfois, qui ont revêtu une allure aigüe vraiment inflammatoire, mais qui sont restés indolores et sans réaction locale ni générale.

On pratique des pansements au lugol, qui provoquent une amélioration nette; la suppuration se tarit, les infiltrats fondent rapidement et les ulcérations se combleront en 48 heures.

En redonnant au malade 1 gr., puis 2 gr. d'iodure de potassium le jour suivant, les ulcérations prêtes à se combler, reprennent une allure extensive et se mettent à suppurer abondamment, des éléments jeunes pustuleux apparaissent sur les téguments sains et le halo inflammatoire se dessine à nouveau autour des anciennes formations.

On cesse alors la médication iodurée et la cicatrisation est complète en 10 jours.

Notons aussi que la cuti-réaction à l'iodure de K a été négative.

Observation présentée par MM. LOUSTE, LÉVY,
FRANCKEL et THIBAUT, à la Société de Dermatologie,
le 18 avril 1929

M. C., âgée de 37 ans, se présentait à la consultation, le 9 avril dernier, avec des lésions multiples de la face, constituées par d'énormes masses papillomateuses de formes nettement arrondies ou polycycliques, à surface humide mamelonnée et suintante, de couleur jaunâtre. Les fongosites, de consistance molle et friable, saignaient assez facilement au toucher.

Au dire de la malade, apparues vers le 30 mars, elles augmentaient de volume et de surface d'un point à

l'autre, et de nouveaux éléments apparaissaient sans cesse; les lésions étaient douloureuses au toucher, et même spontanément.

Au bout de 48 heures, les lésions se détergent et prennent l'aspect d'ulcérations; il existe un large placard ulcéreux, de la dimension d'une paume de main sur la joue droite, d'autres plus petits sur plusieurs points de la face.

Tous ces éléments sont de forme nummulaire ou uniforme, à fond ulcéreux, nettement déprimés par rapport à la surface des téguments voisins.

Les bords forment un ourlet saillant et dur, constitués par des éléments vésico-pustuleux.

L'interrogatoire révèle, qu'ayant eu la grippe, elle prit de l'iode dit métalloïdique pendant trois semaines, puis de l'iodure de potassium à raison de trois grammes par 24 heures.

En quelques jours, les lésions ont évolué favorablement sous l'influence de la suppression du médicament, et peut-être aussi de l'autohémothérapie.

De ces observations, plusieurs faits sont à retenir :

Tout d'abord, dans les trois premières, remarquons qu'il n'y a pas eu de réaction générale, ni d'intolérance digestive ou muqueuse.

La réaction du médicament s'est traduite uniquement par des troubles cutanés.

Il semble donc que l'on puisse opposer la notion

d'intolérance à la notion d'intoxication. La première apparaissant comme une réaction de la peau à l'introduction de l'antigène par voie digestive, à l'exclusion de tout autre phénomène toxique. La seconde, au contraire, traduisant la lutte de l'organisme pour l'élimination du corps étranger.

En second lieu, on remarquera l'importance du halo inflammatoire qui entoure la plupart des iodides et des iodurites. Le caractère, nous le retrouvons dans toute les observations citées. Non pas que chacun des éléments décrits fut entouré de cette zone de réaction congestive, mais presque toujours à un examen soigneux on la retrouvera plus ou moins nette, plus ou moins étendue autour d'un certain nombre des lésions.

Au point de vue morphologique encore, nous reviendrons sur la fréquence du caractère œdémateux des iodides, qui se manifeste comme dans notre premier cas, par la formation de bulles purulentes ou, comme chez notre second malade, par cette desquamation superficielle centrale qu'on ne voit pas dans les syphilides.

Une question encore est intéressante :

Dans chacun des cas signalés, les auteurs ont pratiqué la recherche des tests de sensibilisation cutanée : intradermo, épidermo et cuti-réaction ont été effectuées avec des solutions au 1/100 de bromure de sodium et d'iodure de potassium (MM. Sézarý et Miget), avec de la poudre d'iodure de potassium (MM. Spillmann et Weiss). Chaque fois elles se sont montrées négatives.

D'ailleurs, M. Sézary a présenté il y a peu de temps, une communication (*Presse Médicale*, année 1923, N° 24), tendant à prouver le peu de confiance que l'on doit attribuer à ces épreuves.

Enfin, dans l'observation de MM. Spillmann et Weiss, a été mis en œuvre le seul procédé qui puisse permettre d'affirmer à coup sûr, dans l'état actuel de la science, la nature toxique d'une dermatose : c'est l'application de la grande loi des coïncidences multiples, autrement dit la contre-épreuve qui consiste à faire absorber au malade en voie de guérison, une nouvelle dose faible du toxique.

Hâtons-nous d'ajouter que cette méthode peut se heurter à de sérieuses difficultés d'ordre pratique et qu'elle n'est, dans la majorité des cas, nullement nécessaire à l'établissement d'un diagnostic prévu, et nous terminerons en répétant que si l'erreur d'interprétation est facile, on pourra cependant, pour différencier les syphilides des iodides, s'appuyer sur l'apparition rapide de ces dernières, leur couleur rosée ou rouge vif, le halo inflammatoire qui les entoure, leur consistance moins ferme, la fréquence de leur caractère œdémateux.

L'ensemble de ces caractères et l'allure générale du tableau clinique, la pratique des réactions sérologiques, une recherche soigneuse dans les antécédents médicamenteux, devront presque à coup sûr, guider le praticien et l'évolution favorable des lésions toxiques confirmeront la justesse de son diagnostic, sans qu'il oublie cependant la lenteur de disparition des

lésions iodiques. Il n'omettra donc pas de traiter son malade autrement que par l'abstention, et c'est la thérapeutique générale des intoxications médicamenteuses que nous allons esquisser dans un court chapitre terminal.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DES INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES

Il a été complètement renouvelé, en particulier par les travaux de Widal, Abrami, Brissand et Pasteur-Vallery-Radot.

Il sera :

1° *Prophylactique* en supprimant l'intoxication afin d'éviter le retour d'accidents passagers récidivants, ou d'enrayer la marche d'une intoxication chronique.

2° *Vaccinant ou désensibilisant*. — Ces éruptions n'apparaissent dans la plupart des cas que grâce à une prédisposition de l'organisme, et plusieurs appartiennent aux phénomènes anaphylactique de Richet, ou de choc de Widal.

3° *Skeptophylactique*. — Une dose faible prise avant la dose habituelle (3 h. avant) immunise souvent. Besredka protège contre l'anaphylaxie sérique en injectant de petites doses une heure avant, sous la peau. Netter ajoute l'ingestion de chlorure de calcium. Si-

card et Paraf enrayent le choc anaphylactique par l'injection préventive intra-veineuse de 1 gr. de carbonate de soude dilué dans 10 cm³ d'eau salée isotonique. M. Sézary a traité avec succès la malade de l'observation n° 1 par des intra-veineuses d'hypo-sulfite de soude.

4° *Pathogénique* : En cherchant à éliminer le toxique par les méthodes de désintoxication employées dans l'eczéma. Mais on se souviendra que certains symptômes sont des actes de défense : vomissements et diarrhée qui éliminent les toxiques absorbés par voie digestive.

5° *Symptomatique* : En appliquant à chaque symptôme une médication convenable, en traitant notamment les éruptions par des médicaments propres à chaque variété éruptive.

6° En dehors des prédispositions mystérieuses de sensibilisation anaphylactique, les troubles gastro-intestinaux et hépatiques, nerveux et vaso-moteurs, l'insuffisance rénale ou cardiaque, le dysfonctionnement des glandes endocrines, jouent souvent un rôle manifeste.

Il faudra donc essayer de modifier le terrain général; on se méfiera que certains sujets, par prédisposition congénitale ou familiale, ont une sensibilité à tous les toxiques ou à certains groupes de médicaments.

7° Enfin, en corrigeant le terrain cutané on évitera souvent des toxicodermies : dans le cas présent, on atténuera le débordement et l'acné du visage, qui attirerait les iodurides.

CONCLUSIONS

1° L'intolérance de l'organisme humain à l'iode et aux iodures se traduit par des phénomènes variés.

Les uns sont d'ordre général : intolérance digestive, irritation des muqueuses et en particulier nasales et oculaires, fièvre; les autres consistent en manifestations cutanées : ce sont les témoins les plus fidèles et les plus constants de l'intoxication.

2° Les iodides présentent des types d'éruptions très divers que l'on peut classer schématiquement :

En lésions banales non caractéristiques d'aspect très polymorphe, tels : plaques érythémateuses simples, papules, vésicules, pustules, nouures, eczéma, folliculite, etc... que l'on peut rencontrer isolées ou associées dans d'autres éruptions médicamenteuses;

Et en lésions caractéristiques : bulleuses ou végétantes.

3° Certaines iodides sous les formes papuleuses, papulo-pustuleuse, ulcéro-végétante, érythémateuse, présentent de nombreux points de ressemblance avec les syphilides de même nom.

4° Le diagnostic se basera sur la rapidité d'apparition des iodides, sur leur caractère œdémateux, sur la fréquence de l'aréole inflammatoire qui entoure certaines d'entre elles, sur les antécédents d'absorption médicamenteuse, et la co-existence d'autres symptômes soit d'intolérance, soit de la série spécifique, enfin sur les résultats des réactions sérologiques.

5° La discrimination en est souvent difficile ; elle peut être compliquée du fait d'intolérance iodique chez un syphilitique en traitement. Et cependant, on ne saurait trop souligner l'importance du diagnostic différentiel en raison de l'urgence de la sanction thérapeutique qui s'impose en cas de syphilis.

6° On n'accordera nulle valeur aux tests de sensibilisation cutanée qui se montrent fréquemment infidèles et trompeurs.

Vu :

Le Président de la Thèse,

GOUGEROT.

Vu :

Le Doyen de la Faculté,

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Iodides syphiloïdes, par MM. A. SÉZARY et A. MIGET. *Bulletin de la Société de Dermatologie*, 1933, N° 5.
- 2) Iodides à type polymorphe, par MM. SPILLMANN, WEISS et DURAND. *Bulletin de la Société de Dermatologie*. Nancy, 27 juin 1931.
- 3) Iodides ulcéro-végétantes, par MM. LOUSTE, Léon FRANCKEL et THIBAUT. *Bulletin de la Société de Dermatologie*. Nancy, 18 avril 1929.
- 4) Alfred FOURNIER. — Syphilis héréditaire tardive.
- 5) Alfred FOURNIER. — Traité de la syphilis.
- 6) Jean-Alfred FOURNIER. — Des manifestations cutanées de la syphilis héréditaire tardive.
- 7) Jean-Alfred FOURNIER. — Roséoles syphilitiques à récides multiples.
- 8) GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle.
- 9) GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis en clientèle.
- 10) JEANSELME et SÉZARY. — Précis de syphiligraphie.

- 11) JEANSELME. — Traité de la syphilis.
 - 12) SÉZARY et MAURICE. — Les réactions cutanées expérimentales, et la pathogénie des états d'intolérance. *Presse Médicale*, 1932, n° 51, p. 997.
 - 13) SÉZARY et MAURICE. — Les réactions cutanées biologiques dans les états d'intolérance. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1932, N° 3, p. 105.
 - 14) A. SÉZARY. — Le problème de la sensibilisation et les méthodes de désensibilisation en dermatologie. *Revue critique de Pathologie et Thérapeutique*, 1930, N° 1, p. 49.
 - 15) A. SÉZARY et G. MAURICE. — La pratique des tests cutanés dans les états d'intolérance. *Presse Médicale*, N° 24, 23 mars 1932, p. 465.
 - 16) A. SÉZARY, P. LEFÈVRE, et A. HOROWITZ. — Bromide bulleuse du nourrisson, réactions expérimentales. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie*, N° 4, 1932, p. 508.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Introduction	11
CHAPITRE I. — Caractéristiques générales des intoxications médicamenteuses	13
CHAPITRE II. — Caractéristiques des éruptions cutanées dans l'iode et à ses composés.....	17
CHAPITRE III. — Les manifestations cutanées de la syphilis	23
CHAPITRE IV. — Observations. Diagnostic des iodides et des syphilides.....	35
CHAPITRE V. — Traitement général des intoxications médicamenteuses.....	47
Conclusions	51
Bibliographie	53

